

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

260

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Luxations Pathologiques DE LA HANCHE

dans la seconde et la première Enfance
consécutives aux Maladies infectieuses aiguës

PAR

RENÉ FLAMENT

Président : M. MARFAN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1920

260

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Luxations Pathologiques DE LA HANCHE

dans la seconde et la première Enfance
consécutives aux Maladies infectieuses aiguës



PAR

RENÉ FLAMENT

Président : M. MARFAN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

	Professeurs.....	MM.
Anatomie		NICOLAS.
Médecine opératoire		N.
Physiologie		Ch. RICHEL.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et chimie générale.....		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générale.....		N.
Bactériologie		BEZANCON.
Pathologie interne.....		VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale.....		GOSSET.
Anatomie pathologique.....		LETULLE.
Histologie		PRENANT.
México-Chirurgicale		CUNEO.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Hygiène		BERNARD.
Médecine légale.....		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER.
Clinique médicale.....		{ WIDAL.
		{ GILBERT.
		{ CHAUFFARD.
		{ ACHARD.
		{ HUTINEL.
		{ DUPRE.
Maladies des enfants.....		JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		Pierre MARIE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		{ Pierre DELBET.
Clinique des maladies du système nerveux.....		{ QUENU.
Clinique chirurgicale.....		{ LEJARS.
		{ HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....		{ DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		{ LEGUEU.
		{ BAR.
Clinique d'accouchement.....		{ COUVELAIRE.
		{ RIBEMONT DES
		{ SAIGNES.
Clinique gynécologique.....		J. L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile.....		Auguste BROCA.
Clinique thérapeutique.....		Albert ROBIN.
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....		MARFAN.
Clinique des maladies contagieuses.....		TEISSIER.

Agrégés en exercice :

MM.			
ALGLAVE.	JEANNIN	LÉPER	ROUSSY
BRANCA.	JOUSSET, ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS.	LABRE, HENRI	MULON	SCHWARTZ, A.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY.	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU.	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET.	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT.	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE.	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT.	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN.	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MONSIEUR JEAN CARON,

INTERNE DES HOPITAUX DE NANTES

MORT POUR LA FRANCE, LE 28 SEPTEMBRE 1918

A FROIDOS (PRÈS VERDUN)

VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR MÈNÉTRIÉR

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELASSUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTUS

MONSIEUR LE PROFESSEUR VOUTERS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAMELOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAVRAND

MONSIEUR LE DOCTEUR SABLÉ

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE PATHOLOGIE

DE LA PREMIÈRE ENFANCE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous est agréable de remercier ceux à qui nous devons notre formation.

Comment notre piété filiale ne se donnerait-elle pas libre cours à l'égard de celui qui fut notre premier initiateur dans la voie de la Médecine ? A mon Père, je dédie ce travail. Nous savons ce que nous lui devons, et c'est toujours avec une entière déférence qu'il nous a plu de recueillir ses leçons, ses conseils, ses exemples. Depuis longtemps exerçant son ministère au milieu d'une population ouvrière, à qui il se prodigua jour et nuit, il nous a montré que le médecin appartient aux autres avant que d'appartenir à lui-même. Les circonstances devaient ajouter encore à la force de ses exemples. Durant quatre années, sous un bombardement continu, au milieu de vexations sans nombre, imposées par un ennemi sans pitié et sans honneur, notre Père dut soutenir les corps épuisés par la maladie et les privations, mais aussi les âmes, déprimées par le voisinage répugnant de l'envahisseur. Assurant, avec des moyens plus que réduits, un service médical et pharmaceutique surchargé, se prodiguant auprès des blessés d'une population restée très dense, tenant tête aux exigences inconsidérées de l'occupant, il sut être à la hauteur du renom du médecin français. Et tout ceci nous emplit d'une légitime fierté.

C'est aux Facultés libres de Lille que nous apprîmes à approcher les malades, sous la direction de M. le Dr Sablé. Bientôt, M. le Professeur Delassus nous accueillait dans son service. Il fut pour nous beaucoup plus qu'un Maître, nous montrant en toutes circonstances une bienveillante affection. Nous avons acquis, à son contact, de très solides notions de clinique chirurgicale, mais aussi le respect, j'allais dire le culte, du malade. Pour nous avoir démontré ce que doit être un médecin vraiment digne de ce nom, s'il est doublé d'un homme de cœur, pour nous avoir fait apprécier la vraie clinique française, nous lui avons voué une très grande reconnaissance dont il voudra bien trouver ici un très faible écho.

La guerre, qui fut si funeste à tant de points de vue, nous a fait connaître et aimer deux éminents praticiens qui ont bien voulu nous traiter en ami. J'ai nommé les Docteurs Pellet et Gressent, de Rouen. A leur contact presque quotidien durant deux longues années, je dois beaucoup de nos connaissances et les heures que nous passâmes ensemble au chevet de nos chers blessés resteront parmi les meilleures du temps de guerre.

L'Hôpital Tenon nous ouvrit ses portes à notre arrivée à Paris et M. le Professeur Ménétrier nous enseigna la médecine générale. Puis, bientôt, nos études allaient prendre une orientation nouvelle. Nous allions nous familiariser avec la pathologie infantile, tant dans le domaine de la Médecine que de la Chirurgie, sous la direction de deux Maîtres éminents, tous deux très aimés, et à qui nous devons le meilleur de notre formation scientifique.

En effet, M. le Professeur Kirmisson nous attacha à

son service de l'Hôpital des Enfants-Malades, pour y remplir les fonctions d'interne. Pendant plus d'une année, nous avons appris de lui, tant par ses causeries au lit du malade que par ses leçons cliniques, l'importance, le côté captivant et, si j'osais m'exprimer ainsi, éminemment pratique de la Chirurgie infantile. N'est-elle pas, suivant son expression même, une « chirurgie de résultats » ? Tuberculose osseuse et ganglionnaire, chirurgie générale des enfants, malformations congénitales, orthopédie, tel est l'immense domaine qu'il nous fit parcourir à la lumière de sa vaste expérience. Dans la suite, il voulut bien nous confier les fonctions de Chef de Laboratoire, ce qui nous permit de prolonger un peu un contact que nous avions trouvé trop bref. Enfin, qui dira le charme de ces entretiens presque journaliers où le Maître aimait à faire passer devant nos yeux les grandes figures du passé, en particulier celles de Broca, de Verneuil, de Maisonneuve ? Si bien qu'il nous faisait participant soit de son expérience, soit de ses souvenirs, et au travers du présent qu'il mettait en pleine lumière, il savait laisser filtrer quelques rayons du passé.

Que M. le Professeur Kirmisson nous excuse si nous ne trouvons pas de mots suffisamment expressifs pour lui redire notre gratitude. Qu'il sache simplement qu'il nous est très doux de nous proclamer le disciple d'un tel Maître.

C'est le même souci de la vérité, la même ardeur apportée aux recherches scientifiques que nous retrouvons ensuite chez notre Maître M. le Professeur Marfan. Il nous enseigna l'hygiène et la pathologie de la première enfance. Avec quels soins pieux, nous avons recueilli ses leçons, si merveilleusement mises au point,

soit qu'il s'agit des maladies infectieuses, des troubles digestifs, ou de l'Hygiène si méticuleuse des tout petits. Mais ici, le savant se doublait d'un sociologue passionné. Aussi, très souvent, sa parole avait-elle une portée plus vaste que le cadre de la salle où s'alignaient les berceaux, et les murs de l'amphithéâtre où il enseignait. M. le Professeur Marfan nous donna la science du nourrisson, mais il nous donna plus encore. Au delà des notions médicales, il nous découvrait des horizons, et le corollaire de sa leçon clinique était souvent un programme d'action sociale. Nous n'avons d'autre ambition que de mettre en pratique les données acquises dans le service de ce cher Maître. Ce sera la meilleure façon de lui prouver à quel point nous l'avons compris et combien nous sommes heureux de le suivre dans la voie qu'il nous a indiquée avec tant d'autorité, et, disons-le encore, avec tant de bienveillance. Il devait mettre le comble à ses bienfaits à notre égard, en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous sommes particulièrement reconnaissant à M. Bouffe de Saint-Blaise de la confiance qu'il nous a témoignée lors de notre passage dans son service de l'Hôpital Saint-Antoine.

Qu'il nous soit permis également de dire à M. le Professeur Lereboullet toute notre gratitude pour l'extrême amabilité qu'il n'a cessé de nous montrer au cours de nos études.

Comment, enfin, ne pas témoigner à M. le Docteur Monsaingeon les sentiments de profonde reconnaissance que nous lui avons voués ? Il fut toujours pour nous, durant les moments si pénibles du temps de guerre, l'ami des heures sombres et le guide très sûr. Il a trop

de titres à notre gratitude pour que le temps l'affaiblisse jamais.

Ce serait manquer à un véritable devoir que de ne pas mentionner en terminant deux amitiés particulièrement fécondes au cours de nos études médicales. Le Docteur J. Dehée fut pour nous un frère d'armes, solide et affectionné. Il sait quels sont nos sentiments à son égard. La mort impitoyable nous a ravi un ami très cher, René Guyonnet, tombé à son poste de dévouement et de devoir, lors de l'épidémie de grippe meurtrière. Son souvenir, toujours aussi vivace qu'en août 1918, nous aidera à mieux accomplir la tâche qui nous fut un instant commune.

DES LUXATIONS PATHOLOGIQUES

DE LA HANCHE

dans la

seconde et la première Enfance

consécutives aux

Maladies infectieuses aiguës

CHAPITRE PREMIER

Nous rencontrons les luxations pathologiques de la hanche au cours de trois états, différents entre eux par leur pathogénie.

Les unes sont congénitales ; d'autres (et on en connaît la fréquence) se voient au cours de la coxalgie ; le troisième groupe est constitué par les luxations consécutives aux maladies infectieuses aiguës. Ce sont ces dernières que nous étudierons seulement.

Or, ici encore, il convient de faire une distinction. Il est des maladies infectieuses aiguës, telles que la scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la pneumococcie, qui se compliquent parfois de luxation. Mais, à côté d'elles, il faut faire une place à part à une infection locale dont l'aboutissant est souvent la luxation. Il s'agit de l'ostéomyélite de la hanche survenant dans la première enfance.

Dans une première partie, nous indiquons les luxations qui ressortissent des maladies infectieuses générales. Dans une seconde partie, celles qui reconnaissent pour cause l'ostéomyélite de la première enfance.

DES LUXATIONS PATHOLOGIQUES

DE LA HANCHE

consécutives aux Maladies infectieuses aiguës d'ordre général

Nous avons pu observer, dans le service de notre Maître Kirmisson, un petit malade qui présentait, à la suite d'un état pleuro-pneumonique, une arthrite aiguë de la hanche, suivie de luxation.

Sur le conseil de notre Maître, nous avons recherché l'histoire d'un autre malade en tous points superposable au cas précédent. Nous donnons, ci-après, les observations détaillées de ces deux malades, en commençant par la première en date.

1° Luxation Pathologique de la Hanche droite consécutive à une Pneumococcie

Herr..., André, âgé de 2 ans et 7 mois, entre dans le service du Professeur Kirmisson, le 11 avril 1911, pour une pleurésie purulente du côté droit.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont bien portants. Ils ont eu deux enfants. L'un âgé de cinq ans jouit d'une bonne santé, l'autre est le petit malade.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, après une grossesse et un accouchement normal. Il a été élevé au sein. Il a fait la coqueluche dernièrement.

Histoire de la maladie. — Vers le 15 février 1911, l'enfant est atteint de bronchite avec état fébrile très marqué.

Quelques jours après apparaissent des phénomènes méningés, sans qu'on ait constaté d'otite suppurée. L'enfant présente alors des crises convulsives qui se répètent durant neuf jours. Vers le 3 mars, il existe une tuméfaction manifeste : 1° Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche ; 2° Au niveau de l'articulation du coude droit, mais la douleur et le gonflement diminuent progressivement.

Le 8 mars l'articulation coxo-fémorale droite est atteinte à son tour. L'état général est mauvais, la température vespérale est élevée et il se forme une collection purulente qui s'ouvre spontanément le 27 mars. Il s'écoule alors une grande quantité de pus verdâtre. La toux, qui avait cessé depuis un mois, réapparaît s'accompagnant d'état dyspnéique. Le médecin traitant pose le diagnostic de pleurésie purulente du côté droit et envoie l'enfant à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Le petit malade entre dans le service, salle Baudelocque, le 11 avril. Il présente une voussure considérable du thorax à droite coexistant avec une forte matité. Les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont abolis. La paroi elle-même est œdématisée. L'enfant présente une toux quinteuse, la température est élevée, le diagnostic de pleurésie purulente est donc pleinement justifié et, considérant la gravité des symptômes, on décide d'intervenir d'urgence. Par conséquent, le jour même de l'entrée, Gasne, chef de clinique, pratique un empyème au lieu d'élection. Incision au niveau de la région axillaire à la hauteur de la huitième côte. Résection costale. Il s'écoule une grande quantité de pus verdâtre contenant lui-même des bourbillons fibrineux. L'examen de ce pus révèle la présence de pneumocoques à l'état de pureté.

Les jours qui suivent l'intervention, l'état général reste mauvais, l'enfant est abattu, la suppuration pleurale est très abondante, des vomissements se produisent fréquemment. L'enfant est en proie à une toxémie manifeste qui rend

très sombre le pronostic. Du 11 au 30 avril, les mêmes symptômes alarmants dominent la scène avec la même intensité. (Température élevée, vomissements fréquents, abondance de la suppuration.)

Cependant, dès le 23 avril, des phénomènes polyarticulaires attirent l'attention. D'une part, l'articulation tibio-tarsienne gauche est le siège d'un gonflement notable. Le pied est en léger équinisme. On ne peut déceler de fluctuation vraie, mais la face antérieure du cou de pied se présente avec une coloration rosée, un tics veineux apparent, et on perçoit, à ce niveau, une sensation de rénitence. D'autre part, du côté du coude droit se dessine une tuméfaction, développée surtout à la partie externe. Mais c'est au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite que les phénomènes se manifestent avec le plus d'intensité. La hanche, en effet, fait une saillie marquée, l'on distingue nettement le grand trochanter saillant sous les plans superficiels. Toute la région est tuméfiée et au-devant de la partie inférieure du grand trochanter existe une cicatrice déprimée avec fistule, donnant issue à un peu de pus. La position du membre inférieur est la suivante : abduction considérable, légère flexion et rotation en dedans. La tête fémorale, nettement perceptible dans la fosse iliaque externe, est remontée à quatre centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton. La mensuration des deux membres inférieurs en prenant comme point de repère l'épine iliaque antéro-supérieure et la pointe de la malléole externe, donne :

Membre inférieur droit (côté malade) : 33 centimètres.

Membre inférieur gauche (côté sain) : 37 centimètres.

Il existe donc, à droite, quatre centimètres de raccourcissement.

Le 8 mai, l'état général s'est légèrement amélioré, l'alimentation est possible, la température est moins élevée.

Le 20 mai, il se produit une ascension thermique accompagnée de vomissements, puis deux jours après (22 mai), tout

rentre dans l'ordre. Peu à peu, la suppuration pleurale a diminué, à telle enseigne, que le mardi 6 juin, on enlève le drain.

La gravité de la situation en face de laquelle on se trouvait jusqu'ici avait imposé une grande réserve au chirurgien, mais à partir de la mi-juin, les conditions ne sont plus les mêmes. La suppuration est presque nulle, l'état général est satisfaisant. C'est alors que M. Kirmisson décide de tenter la réduction de la luxation de la hanche droite.

Le lundi 19 juin, l'enfant est endormi au chloroforme. Tentative de réduction. Après un effort prolongé, on arrive à triompher de la contraction des adducteurs et on peut abaisser la tête jusqu'en regard de la cavité cotyloïde, mais elle n'y entre pas. Celle-ci est certainement obturée par les fongosités. Dès qu'on tente de revenir à l'extension, la luxation se reproduit, aussi laisse-t-on le membre dans la position de flexion et d'abduction sur le bassin comme dans le cas de luxation congénitale. Immobilisation à l'aide d'un appareil plâtré.

Le 23 juin, le thermomètre monte brusquement à 40°. Les yeux sont rouges et on note la présence de taches de Koplick à la partie interne des joues. Le 26, se produit l'éruption caractéristique de rougeole avec température atteignant 40°1. Mais l'enfant fait facilement les frais de cette nouvelle infection, car le 28, la température est redevenue normale et l'état général demeure très satisfaisant.

Le 19 juillet, c'est-à-dire un mois après la première manœuvre de réduction, l'enfant est de nouveau endormi. On diminue la position de flexion et d'abduction. Il n'y a pas de réduction vraie, mais la tête a été ramenée à la partie antérieure et externe de la hanche, à hauteur de l'épine iliaque antéro-inférieure. On fixe le membre dans l'extension jointe à un léger degré d'abduction à l'aide d'un nouvel appareil plâtré.

Notre petit malade quitte le service le 23 juillet muni de son appareil.

Le lundi 30 octobre 1911, on revoit l'enfant. Son état général est bon, il commence à marcher. La tête fémorale droite est presque en place, mais il y a une tendance manifeste à la rotation en dehors, en même temps qu'un notable raccourcissement. La mensuration donne, en effet, en prenant comme point de repère l'épine iliaque antéro-supérieure et la malléole externe, pour le :

Membre inférieur droit (côté malade) : 38 centimètres $1/2$.

Membre inférieur gauche (côté sain) : 41 centimètres.

Si maintenant, on mesure la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la rotule, on trouve :

A droite : 17 centimètres $1/2$.

A gauche : 20 centimètres.

Enfin, la mensuration, faite du sommet du trochanter à la malléole externe donne :

A droite : 37 centimètres.

A gauche : 39 centimètres.

Il y a donc un raccourcissement vrai de la diaphyse fémorale. On s'en rend parfaitement compte en examinant de dos le petit malade. Les deux plis fessiers sont sur un même plan, tandis que le creux poplité à droite semble remonté.

Il est intéressant de noter qu'il y a très peu d'affaissement du thorax à droite. Tout autour de la cicatrice opératoire, la sonorité pulmonaire est normale.

La radiographie du bassin a été faite à cette date (30 octobre). Elle montre la tête fémorale, profondément altérée à la hauteur de la cavité cotyloïde, mais il n'y a pas de réduction vraie.

Nous avons eu dernièrement des nouvelles satisfaisantes de cet enfant.

En résumé, on se trouve en présence d'une pleurésie purulente à pneumocoques du côté droit, suivie de phénomènes poly-articulaires affectant successivement la tibio-tarsienne gauche, le coude droit et la hanche droite. A ce niveau, l'arthrite suppurée aboutit à une luxation pathologique.

La seconde observation offre avec la précédente plusieurs points de ressemblance d'un réel intérêt.

2° Luxation Pathologique de la Hanche droite consécutive à une Pneumococcie

Br..., André, 4 ans $\frac{1}{2}$, entre dans le service de Monsieur le Professeur Kirrison, le 13 juin 1917.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien à retenir. Le père est bien portant. La mère est en bonne santé. Ils n'ont eu qu'un seul enfant, le petit malade ; pas de fausse couche.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme, pesant plus de quatre kilos et a été enlevé au biberon, il fait une bronchite à l'âge de six mois. En janvier 1917, il est atteint d'une rougeole qui reste bénigne.

Histoire de la maladie. — Le 12 mai 1917, l'enfant contracte une broncho-pneumonie. L'état général s'altère rapidement et il se produit un amaigrissement notable. Vers la fin de mai, le médecin traitant pose le diagnostic de pleurésie purulente droite. Le petit malade se cachectise, la mère s'alarme du progrès de la maladie. C'est alors qu'elle amène son enfant dans le service, le 13 juin 1917.

Examen à l'entrée. — Le malade est dyspnéique ; le thermomètre monte à $38^{\circ}6$, le pouls est fréquent. Le côté droit du thorax est le siège d'une matité prononcée. On pratique

alors une ponction exploratrice qui ramène du pus. Le Professeur Kirmisson pose le diagnostic de pleurésie purulente du côté droit. L'état du malade permet pourtant de différer toute intervention.

Les jours suivants, il se produit une légère amélioration, mais à partir du 16 juin, la température présente de fortes oscillations, atteignant 39° le soir, 37°3 le matin. Cet état infectieux va dès lors se prolonger jusqu'aux premiers jours de juillet.

Le 1^{er} juillet, l'enfant se plaint de douleurs au niveau de la cuisse droite. La partie supéro-externe est le siège d'une tuméfaction notable, en même temps qu'il existe un empatement de la fosse iliaque externe du même côté. On assiste dès lors à la formation d'une collection purulente qui augmente progressivement de volume et, le 4 juillet, on est amené à faire une première ponction évacuatrice au niveau de la partie supéro-externe de la cuisse. Après cette intervention, la température se rapproche de la normale. Le pus examiné contient du pneumocoque à l'état de pureté.

Le 7 juillet, on fait faire une radiographie du thorax.

L'épreuve montre une opacité s'étendant de la base au sommet du poumon droit. A gauche, au contraire, on retrouve la transparence habituelle. Une radiographie du bassin, faite le même jour, montre les lésions suivantes : du côté de la hanche droite : la cavité cotyloïde est agrandie, la tête fémorale est déformée et chevauche le bord supérieur de la cavité. Il existe donc une subluxation. A gauche, par contre, l'articulation est normale.

Cependant l'abcès se reforme et nécessite trois nouvelles ponctions, pratiquées le 9 et le 28 juillet, puis le 2 août. A partir de cette date, il y a une amélioration de l'état général. L'enfant reçoit chaque jour 150 grammes de sérum à 15 % en injection sous-cutanée. Mais le samedi 18 août, l'abcès s'est reproduit. Etant donnée la persistance de la suppuration, on

pratique une incision longitudinale, suivant l'axe de la collection, incision qui donne issue à 200 grammes de pus environ. La poche est largement drainée.

A cette date, 18 août, il existe du côté du membre inférieur droit un raccourcissement manifeste. Il se présente en rotation interne et en adduction. On sent la tête fémorale hors de la cavité. C'est alors qu'on applique un appareil à extension continue pour limiter l'ascension du fémur. La plaie est pansée au sérum physiologique.

Le 22 août, la température s'élève à nouveau. Cette poussée thermique coïncide avec l'apparition de râles fins disséminés occupant les deux côtés du thorax avec prédominance à droite. On institue le traitement médical qui amène une amélioration notable vers le 10 septembre.

L'enfant fait alors chaque jour une cure d'air, durant laquelle la plaie est soumise à l'héliothérapie.

Le jeudi 18 octobre, l'enfant se présente dans les conditions suivantes : Etat général satisfaisant, température normale. La respiration à droite est très affaiblie, la matité subsiste sur toute la hauteur du poumon droit. Le membre inférieur droit est en rotation interne (le condyle interne du fémur touche le plan du lit) et en adduction, il offre un raccourcissement de deux centimètres. Le ventre est légèrement ballonné.

On fait faire une nouvelle radiographie du bassin, qui montre à droite une cavité cotyloïde considérablement agrandie, aux dépens du toit et du bord supérieur du cotyle. La tête qui, on s'en souvient, était en subluxation le 7 juillet, est passée dans la fosse iliaque externe.

Devant cet état de choses, Monsieur le Professeur Kirmison décide de tenter la réduction de la luxation.

Le vendredi 19 octobre, l'enfant est endormi au chloroforme. On imprime au membre des mouvements de plus en plus étendus, en même temps qu'on exerce l'extension. On

place le membre dans l'abduction et l'extension complète et on l'y fixe à l'aide d'un appareil plâtré.

L'histoire de ce malade peut donc se résumer ainsi : Etat pleuro-pneumonique auquel succède une arthrite suppurée de la hanche droite, compliquée de luxation. Mais il est, à ce propos, une particularité à noter. La radiographie nous permet de suivre, pour ainsi dire *de visu*, l'évolution de la lésion du côté de l'article. Le 7 juillet, en effet, la tête apparaît en subluxation, le 10 octobre, la luxation est constituée. A cette marche progressive, à cette migration de la tête, il est intéressant d'opposer un cas de luxation pathologique de la hanche, survenue brusquement et d'une façon subite. Le fait rapporté dans la thèse de DEGEZ (1899) s'est produit au cours d'une scarlatine. Nous n'hésitons pas à en reproduire succinctement l'observation, car elle apporte un document de plus aux cas de luxations compliquant les maladies infectieuses généralisées.

3° Luxation subite de la Hanche gauche consécutive à une Scarlatine

M..., Marie-Louise, âgée de 6 ans, entre le 28 février 1898, à l'hôpital Trousseau, pour une scarlatine.

Née à terme, de parents bien portants. Nourrie au sein maternel durant 10 mois. A marché normalement à 12 mois.

Le 28 février, à la suite d'une angine, accompagnée d'otite suppurée droite, elle présente une éruption scarlatineuse caractéristique. Dès le 3 mars, la température devient normale, l'éruption a pâli.

Le matin du 17 mars, l'enfant fait 39°4 et se plaint de

douleurs très vives au niveau de la hanche gauche. Les jours suivants, les douleurs persistant ainsi que la température élevée (40°), nécessitent l'immobilisation du membre dans une gouttière plâtrée. Il s'ensuit une cédation des phénomènes généraux, si bien que l'appareil est enlevé le 29 mars.

Le 22 avril, la surveillante est frappée de l'attitude anormale du membre inférieur gauche. Une adduction et une flexion considérable se sont produites spontanément, brusquement, sans que l'enfant ait attiré l'attention, et l'on se trouve en présence d'une luxation typique de la hanche en arrière. On arrive facilement à remettre la tête dans la cavité cotyloïde, mais la luxation se reproduit immédiatement. Dans ces conditions, on applique un appareil à extension continue.

Le 3 mai, l'enfant contracte la coqueluche qui évolue sans autre complication et, le 4 août, elle est admise dans le service de Monsieur Kirmisson pour le traitement de la hanche, c'est-à-dire quatre mois après l'apparition de la luxation.

A cette date, l'attitude du membre inférieur gauche est la suivante : cuisse fortement fléchie en adduction et rotation en dedans. Le condyle interne du fémur droit répond au tiers inférieur de la cuisse gauche. Il existe un raccourcissement de trois centimètres, distance que l'on retrouve en mesurant l'ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton. Les mouvements spontanés sont limités et l'enfant ne peut modifier l'attitude du membre malade, on note en outre une forte contracture des adducteurs.

9 août. — Monsieur Kirmisson décide d'intervenir. Chloroformisation. On commence par imprimer à la cuisse une flexion complète sur le bassin, puis quelques légers mouvements d'abduction. On éprouve une grande difficulté à triompher de la contracture des adducteurs. Celle-ci étant vaincue, on peut imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Enfin, à un moment donné, pendant l'abduction combinée à la demi-flexion et à la rotation

en dehors, on sent la tête qui glisse en avant du plan formé par la tubérosité de l'ischion. Elle réintègre doucement la cavité cotyloïde.

Le membre est alors immobilisé au moyen d'un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin et le maintenant dans une position moyenne d'abduction.

17 septembre. — L'appareil plâtré est enlevé. L'attitude du membre est parfaite. La réduction ne laisse rien à désirer. La radiographie montre, elle aussi, que la réduction est parfaite.

Mais le membre inférieur ayant une tendance à se remettre en adduction, on soumet l'enfant à l'extension continue pendant un mois. On applique un nouvel appareil plâtré, analogue au premier et le 29 octobre, la malade, appuyée sur des béquilles, commence à marcher.

Les observations rapportées plus haut (I et II) ont trait à une pneumococcie. Or, c'est là un autre point intéressant à signaler, les arthrites méta-pneumoniques ne sont pas fréquentes. Dans une thèse de 1902 (*Arthrites méta-pneumoniques et spécialement arthrites à penumocoques*), AGATHOS donne les chiffres suivants :

Sur 1.213 pneumonies, dont 136 suivies de décès, l'arthrite n'a été observée que trois fois. (*Statistique des cliniques médicales de neuf universités allemandes de 1887 à 1889.*) La statistique des cliniques de Munich (qui porte sur 650 pneumonies en onze ans) ne la compte qu'une fois. D'autre part, TALAMON a observé 100 pneumonies à l'Hôpital Tenon pendant les années 1895, 1896, 1897, et cet auteur ne signale aucun cas d'arthrite.

A côté des pneumococcies, toutes les autres maladies infectieuses généralisées semblent pouvoir donner lieu à

des arthrites suivies de luxations. Nous avons vu que le point de départ de la thèse inaugurale de DEGEZ, inspirée par M. KIRMISSON, fut un cas de ce genre consécutif à une scarlatine. Cet auteur, étudiant la question qui nous occupe, a pu réunir environ 80 observations s'y rapportant et énumère dans l'ordre suivant les diverses maladies ayant donné lieu à des luxations :

<i>Fièvre typhoïde</i>	32 cas.
<i>Rhumatisme articulaire</i> ...	24 cas.
<i>Scarlatine</i>	13 cas.
<i>Variole</i>	3 cas.
<i>Blennorragie</i>	3 cas.
<i>Influenza</i>	2 cas.
<i>Erysipèle</i>	1 cas.
<i>Empyème</i>	1 cas.

La très grande majorité des cas envisagés dans cette statistique ont trait à des luxations de l'articulation coxo-fémorale, luxations iliaques la plupart du temps. On n'en trouve que trois qui appartiennent à la variété obturatrice (cas de HARTMANN, BAUR, STROHMEYER) et deux autres à la variété ischiatique (cas de CAPELLE, VOLKMANN).



CHAPITRE TROISIÈME

Des Luxations Pathologiques de la Hanche consécutives à l'Ostéomyélite de la première Enfance

On a vu que les observations relatées plus haut ont trait à des maladies générales (pneumococcies, scarlatine).

De plus, il s'agissait de malades qui étaient entrés déjà dans la seconde enfance.

Nous abordons maintenant la seconde partie de cette thèse qui se distingue par quelques points de la précédente.

1° Il s'agit de jeunes enfants âgés souvent de moins de 2 ans. D'autre part, on n'a plus affaire à une septicémie, mais à une affection à caractère local.

Voici comment se présente d'une façon habituelle les faits :

On amène à la consultation d'orthopédie des enfants atteints de luxations qu'on serait tenté d'appeler congénitales et qui, en réalité, sont nettement pathologiques. Certes, la similitude est grande : 1° ces enfants ont marché tard ; 2° ils ont mal marché dans les premiers pas et ce sont là des symptômes de luxations congénitales, mais souvent un simple signe mettra sur la voie du diagnostic.

Il s'agit d'une cicatrice siégeant au niveau de l'articulation. Poussez plus loin votre interrogatoire. Insistez sur les antécédents de l'enfant et vous trouverez souvent dans le jeune âge, parfois dans les premières

semaines de la vie, une infection aiguë à point de départ osseux, ayant revêtu le caractère d'ostéomyélite de la hanche.

Ces faits ne sont pas rares. Déjà, dans une communication présentée au Congrès de Chirurgie de 1907 et reproduite dans la *Revue d'Orthopédie* KIRMISSON, apportait un ensemble de 8 observations de luxations consécutives à l'ostéomyélite de la hanche dans la première enfance. Il nous a été donné d'observer personnellement quelques autres cas et nous donnons ci-après 6 observations à l'appui de notre thèse.

**Luxation Pathologique de la Hanche droite
consécutive à une Arthrite suppurée survenue
à l'âge de trois semaines**

Il s'agit d'une enfant âgée de 18 mois qu'on nous présente à la consultation d'orthopédie le jeudi 25 octobre 1917.

Aucune particularité n'est offerte par les antécédents héréditaires. Le père, bien portant jusqu'à la mobilisation, a été tué à la guerre. La mère est en bonne santé. Ils n'ont eu qu'un seul enfant. Pas de fausses couches.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, la grossesse ayant été normale. Accouchement facile, par le sommet. L'allaitement a été mixte.

Le fait qui retient particulièrement notre attention est le suivant : à l'âge de 3 semaines, l'articulation de la hanche droite devient le siège d'une tuméfaction manifeste. Il se produit à ce niveau une collection purulente qui est incisée les jours suivants par le médecin traitant. Cette intervention donne issue à une assez grande quantité de pus, puis l'écoulement diminue progressivement. Au bout d'un mois, la suppuration est complètement tarie.

L'examen, fait par le Professeur Kirmisson le 25 octobre, révèle les particularités suivantes :

L'enfant, qui marche depuis un mois, boite manifestement du côté droit. A la partie moyenne de la région fessière droite existe une cicatrice transversale, mesurant un centimètre environ. C'est la trace de l'intervention faite à l'âge de 3 semaines.

La tête fémorale est facilement appréciable au côté externe. Le raccourcissement, cause d'une claudication manifeste, atteint trois centimètres.

La mensuration donne, en effet :

De l'épine iliaque à la malléole externe :

Membre inférieur droit : (Côté malade) 32 centimètres.

Membre inférieur gauche : (Côté sain) 35 centimètres.

On se trouve donc en présence d'une luxation de la hanche droite.

Une épreuve radiographique confirme le caractère pathologique de cette luxation. Elle montre, en effet, que les lésions ont porté sur les deux os de l'articulation, mais avec une prédominance du côté du fémur. La tête fémorale droite a complètement disparu. L'os iliaque est comme rodé au niveau du toit du cotyle. Il en est résulté la luxation du fémur dont l'extrémité supérieure est passée dans la fosse iliaque externe.

Luxation Pathologique de la Hanche gauche consécutive à une Ostéomyélite du Fémur

Chaud..., Madeleine, âgée de 11 ans, vient à la consultation d'orthopédie le 9 mai 1912.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein maternel. A l'âge de 18 mois, l'enfant fait une ostéomyélite du fémur gauche. Premiers pas à deux ans. Dès le début, elle a mal marché.

L'examen de l'enfant fait porter le diagnostic de luxation de la hanche gauche. Il existe un raccourcissement de six centimètres du membre inférieur gauche, raccourcissement portant sur le fémur. La mensuration du côté sain donne 28 centimètres ; du côté malade, 22 centimètres. Le pied gauche est en équinisme. On voit, en outre, deux cicatrices adhérentes, l'une immédiatement au-dessous du grand trochanter gauche, l'autre à trois travers de doigt au-dessus du condyle.

La radiographie montre une cavité cotyloïde profondément altérée. Le bord supérieur, le toit du cotyle ne sont plus visibles et l'extrémité supérieure du fémur est remontée. Les lésions portent principalement au niveau du col fémoral, mais la partie externe de la tête présente une perte de substance importante. On est frappé enfin par l'arrêt du développement qui atteint l'extrémité supérieure du fémur. L'os a cessé de s'accroître en épaisseur et son volume est moitié moindre que celui du fémur droit.

Luxation de la Hanche droite consécutive à une Ostéomyélite du Fémur droit

Planav..., Marguerite, âgée de 6 ans $1/2$, vient à la consultation d'orthopédie le jeudi 5 décembre 1912.

Enfant née un peu avant terme de parents bien portants. L'accouchement a été normal. Nourrie au sein pendant 6 mois.

Vers l'âge de 15 jours, l'enfant fait une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur droit. Il s'établit des foyers multiples de suppuration et on relève la trace de nombreuses incisions. Cette pyohémie a duré quatre mois.

L'examen montre qu'il s'agit d'une luxation de la hanche droite. De ce côté, les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin sont limités, ainsi que les mouvements d'abduction.

La mensuration donne un centimètre 1/2 de raccourcissement à droite. A noter une légère claudication.

Sur la radiographie, on constate que la tête est passée dans la fosse iliaque externe. Lésions manifestes du bord supérieur de la cavité cotyloïde, de la tête et du col fémoral.

Luxation de la Hanche droite consécutive à une Arthrite aiguë

Poir..., Emilienne, âgée de 12 ans, se présente à la consultation d'orthopédie, le 24 février 1910.

L'examen démontre qu'on se trouve en présence d'une luxation de la hanche droite. La mensuration du membre inférieur droit, en prenant comme points de repère l'épine iliaque antérieure et supérieure et la malléole externe, donne 65 centimètres. — A gauche, le membre mesure 71 centimètres. Il existe donc un raccourcissement de six centimètres portant exclusivement sur la région du col. Il n'y a pas de différence, en effet, dans la longueur des deux diaphyses fémorales.

L'extrémité supérieure du fémur est sentie dans la fosse iliaque externe. Les mouvements d'abduction sont limités.

Les renseignements qu'on rapporte alors permettent de rattacher à la vraie cause cette luxation. L'enfant a fait une arthrite aiguë à l'âge de 3 mois. — Elle a marché à 13 mois et a tout de suite mal marché.

La radiographie confirme, elle aussi, le caractère pathologique de la luxation. La partie supéro-externe de la cavité cotyloïde a disparu. L'extrémité supérieure du fémur droit est profondément altérée, et la tête, le col, et la région trochantérienne se trouvent sur une même verticale, fait en rapport avec la rotation externe du membre, quand la radiographie a été prise.

Luxation de la Hanche consécutive à une Ostéomyélite de la première Enfance

Han..., Andrée, âgée de 5 ans, entre le 15 juin 1908, salle Bouvier, n° 6.

Parents bien portants. — Enfant unique, née à terme, nourrie au biberon.

Quelques mois après la naissance, l'enfant fait un abcès à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. La collection est incisée et la suppuration a complètement disparu au bout de six semaines.

A marché à 22 mois. — Dès le début, les parents s'aperçoivent que l'enfant boite.

Examen à l'entrée. — Le membre inférieur gauche présente un raccourcissement considérable. A la base du triangle existe une forte dépression. La palpation permet de se rendre compte que la tête se trouve dans la fosse iliaque externe. Le grand trochanter est notablement remonté au-dessus de la ligne de Nélaton.

Intégrité des mouvements de flexion et d'extension. Limitation des mouvements d'abduction.

Quand la malade est debout, on note une en selle assez prononcée. La fesse gauche est aplatie, déprimée et paraît élargie.

La marche s'accompagne d'un mouvement de plongeon.

Le membre inférieur gauche mesure 45 centimètres, le droit 49 centimètres.

La claudication, le raccourcissement, le mouvement de plongeon, la présence de la tête dans la fosse iliaque externe, permettent de conclure à une luxation de la hanche gauche.

La radiographie confirme le diagnostic. Elle montre, en outre, des lésions de la tête et l'existence d'une masse osseuse représentant une néarthrose.

Luxation de la Hanche consécutive à une Ostéomyélite de la première Enfance

Norov..., Annette, 10 ans 1/2, entre le 28 janvier 1910 saile Bouvier, n° 26, pour lésion de la hanche droite.

Mère bien portante. Père toussant habituellement. Ils ont eu 4 enfants. Les trois autres sont bien portants.

Enfant née à terme, nourrie au sein maternel jusqu'à 15 mois. A marché normalement à 15 mois jusqu'à l'âge de 2 ans.

A 2 ans, elle a été prise de diarrhée profuse et de fièvre. Ces troubles gastro-intestinaux se sont prolongés assez longtemps. Puis l'enfant commence à souffrir de son membre inférieur droit. Les douleurs sont vives, les mouvements de la hanche limités, la marche est impossible.

La malade, qui à ce moment était soignée en Russie, fut immobilisée dans un appareil plâtré durant 3 semaines. On enlève alors ce dernier et on constate dans la région la présence d'un abcès qu'on incise.

Durant les six dernières années passées à Paris, l'enfant n'avait jamais souffert. Il y a 15 jours, elle a commencé à se plaindre de douleurs à la hanche droite, qui s'irradiaient jusqu'au genou ; ce que voyant, les parents amènent la petite malade à l'Hôpital.

Examen à l'entrée. — Le membre inférieur droit est en légère adduction, associée à la rotation en dedans. Il existe un raccourcissement de 3 centimètres qui porte sur le fémur. En effet, la mensuration, faite en prenant comme points de repère l'épine iliaque antérieure et supérieure et la rotule, donne 27 centimètres à droite et 30 à gauche. La longueur des deux diaphyses est absolument égale. Par conséquent, les lésions portent uniquement sur la tête et le col. A noter, une atrophie considérable du membre.

A la partie supéro-externe de la cuisse, à 4 centimètres de l'épine iliaque, on trouve une cicatrice verticale, trace de l'abcès antérieur.

La tête est appréciable dans la fosse iliaque externe, à hauteur de l'épine iliaque antérieure et inférieure. Les mouvements sont limités et douloureux.

Examen de la malade debout. — La claudication est manifeste ; le pied droit se présente en léger équinisme. Le pli fessier du même côté est remonté. Il existe enfin une scoliose statique, à convexité gauche, sans voussure costale.

L'état général est excellent. — Pas de signes pulmonaires.

La radiographie montre l'existence d'une luxation typique ; l'extrémité fémorale, considérablement déformée, est passée dans la fosse iliaque externe. Le fémur droit, comparé à celui du côté opposé, est notablement réduit de volume.

L'enfant est alors soumise à l'extension continue. Mais l'attitude du membre, après plusieurs mois de traitement, n'est guère modifiée. Aussi décide-t-on d'intervenir.

Le vendredi 8 juillet, l'enfant est endormie. On triomphe par la percussion de la contracture du moyen adducteur et on place le membre dans une position moyenne d'abduction par un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin.

L'enfant sort de l'Hôpital le 17 juillet avec son appareil.

Nous avons tenu à terminer notre série d'observations par cette dernière, parce qu'elle met particulièrement en relief le caractère pathologique de la luxation. En effet, nous y voyons que l'enfant a marché à 15 mois et que, jusqu'à l'âge de deux ans, elle a marché normalement. Puis la maladie s'installe, l'arthrite évolue, et c'est consécutivement à ces phénomènes infectieux que la claudication s'est manifestée avec les symptômes de luxation. On peut donc saisir parfaitement le rapport de cause à effet qui existe entre l'arthrite et le déplacement de la tête fémorale.

CONCLUSIONS

L'impression d'ensemble qui se dégage des observations que nous relatons plus haut est la suivante :

Au cours ou à la suite d'une affection aiguë (scarlatine, pneumococcie, ostéomyélite, etc...), on voit parfois survenir une luxation de la hanche. Ces faits, bien qu'assez rares, doivent être constamment présents à l'esprit du praticien. Il y a à cela un double avantage. En prévenant l'entourage du malade, il pose un acte de prudence et met sa responsabilité à couvert. D'autre part, se trouvant en présence d'une arthrite coxo-fémorale déclarée, l'extension continue sera de mise, permettant à la fois la surveillance de l'article, réalisant l'immobilisation désirable et empêchant, dans une certaine mesure, une ascension exagérée du fémur.

Revenons, en quelques mots, sur les luxations consécutives aux maladies infectieuses aiguës d'ordre géné-

ral. Nous avons vu que les unes se produisent progressivement. Il y a d'abord arthrite avec lésions prononcées soit du côté du fémur, soit du côté de l'os coxal lui-même; ce sont ces lésions qui rendent possible la luxation. D'autre part, la luxation peut se produire d'une façon brusque et subite, comme en témoigne l'observation de DEGEZ. Il y a là peut-être quelque chose de comparable à ce qui se passe dans la luxation brusque et subite qui se voit au début de la coxalgie, cas bien mis en lumière par notre Maître KIRMISSON.

Pratiquement, quelle sera la conduite du médecin ? S'il n'y a pas de grosses lésions du côté de l'article, autrement dit s'il n'y a pas eu arthrite avec destruction du tissu osseux, il faut tenter de réduire la luxation. L'observation de DEGEZ montre qu'on peut y parvenir plusieurs mois après l'apparition du fait pathologique.

Dans le cas contraire, lorsque les lésions destructives ont porté sur le fémur et l'os coxal, modifiant plus ou moins profondément les surfaces articulaires et l'appareil ligamenteux, on doit se contenter d'un résultat approché en plaçant l'extrémité fémorale en regard ou au voisinage de la cavité cotyloïde.

Enfin, supposons (bien que ces cas doivent être très rares) la luxation ancienne avec forte adduction du membre malade, il nous semble qu'alors l'excellente opération qu'est l'ostéotomie sous-trochantérienne trouverait sa raison d'être.

L'étude approfondie des luxations consécutives à l'ostéomyélite de la première enfance nous a montré des particularités intéressantes. Ici, ce qui domine, c'est qu'il y a, avant tout, arthrite avec processus destructif. Il en résulte que le col et la tête du fémur ont été profondément altérés, d'où deux conséquences au point de vue orthopédique.

1° Toute tentative de réduction vraie est impossible. Il ne saurait être question de réintégrer dans la cavité cotyloïde une tête fémorale qui n'existe plus avec ses rapports normaux.

2° Il n'y a pas lieu de s'attendre à une position d'adduction très marquée entraînant une gêne fonctionnelle notable. En effet, KIRMISSON écrivait dans la *Revue d'Orthopédie* (1908) :

« Dans la luxation qu'on pourrait appeler habituelle, ce sont la tête et col qui, en s'élevant de plus en plus dans la fosse iliaque externe, déterminent, par un mouvement inverse, la déviation en dedans de l'extrémité inférieure du fémur et la position d'adduction. *Au contraire, dans la luxation pathologique consécutive à l'ostéomyélite de la première enfance, la tête et le col ont en grande partie disparu. C'est ce que démontre la radiographie.*

D'autre part, examinant les radiographies des luxations « acquises », il nous a semblé qu'on pouvait les

opposer nettement aux radiographies des luxations congénitales. On comprend l'importance de ce fait, lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant déjà âgé, dont on ignore les antécédents et en face duquel il faut établir le caractère congénital ou pathologique de la luxation, autrement dit lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic rétrospectif.

Dans la luxation congénitale, le cliché radiographique montre :

1° Une cavité cotyloïde arrêtée dans son développement ;

2° Un fémur normal.

Dans la luxation pathologique, la radiographie montre :

1° Une cavité cotyloïde normalement développée ;

2° Un fémur profondément altéré dans ses formes et ses dimensions.

Enfin, n'oublions pas que la lésion s'étant produite dans le jeune âge, c'est-à-dire à une époque de la vie où les os n'ont pas encore acquis la solidité de l'état adulte, il s'est produit dans l'ensemble du bassin des déformations secondaires. Le bassin, par suite de la marche, acquiert la forme oblique ovulaire. Et c'est ce fait que montre avec beaucoup d'évidence vos radiographies.

Quel sera le traitement de ces luxations consécutives à l'ostéomyélite de la première enfance ? La réduction

vraie sera le plus souvent impossible à obtenir, en raison de la destruction des surfaces articulaires et du processus fibreux consécutif à l'arthrite. Il faudra se contenter d'un résultat approché et tâcher de corriger le raccourcissement dans la mesure du possible.

VU LE DOYEN :

VU LE PRÉSIDENT :

ROGER.

MARFAN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

BIBLIOGRAPHIE

DEGEZ. — *Des luxations subites de la hanche consécutives aux maladies infectieuses aiguës* (1899).

AGATHOS. — *Les arthrites méta-pneumoniques (et en particulier les arthrites à pneumocoques.)*. — Thèse de Paris (1902).

JOON. — *Revue d'Orthopédie*. — 6 octobre 1905.

KIRMISSON. — *Revue d'Orthopédie*. — 6 janvier 1908.

